



Toll Free: 1-800-562-6136

PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

ACCIDENT QUESTIONNAIRE BẢNG CÂU HỎI VỀ TAI NẠN

TÊN BỆNH NHÂN	SỐ NHẬN DIỆN BỆNH NHÂN
---------------	------------------------

Cơ quan đã tiến hành một hóa đơn được đệ trình bởi cho dịch vụ ngày
cho người có tên nêu trên. Luật pháp đòi hỏi chúng tôi phải xác định xem có thể sử dụng
được bất cứ nguồn bảo hiểm nào khác không. Việc không gởi trả lại mẫu hoàn tất này trong vòng 30 ngày có thể làm mất trợ cấp
Medicaid của quý vị WAC 388-505-0540(4).

Xin điền điều sau đây:

NGÀY BỊ THƯƠNG	LOẠI THƯƠNG TÍCH	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ CỦA BỆNH NHÂN
Nguyên Nhân Bị Thương (dánh dấu một chỗ): →	<input type="checkbox"/> Liên Quan Việc Làm (Điền Phần A & D)	Điều <input type="checkbox"/> Té <input type="checkbox"/> Bị Hành Hung <input type="checkbox"/> khác: _____ <input type="checkbox"/> Xe Hơi (Điền Phần C & D nơi mặt sau)

NẾU KHÔNG PHẢI LÀ THƯƠNG TÍCH HOẶC TAI NẠN, ĐIỀN PHẦN D NƠI TRANG SAU

PHẦN A - (LIÊN QUAN VIỆC LÀM)

TÊN SỞ LÀM	THƯƠNG TÍCH ĐƯỢC THÙA NHÂN	NGÀY BỊ THƯƠNG	ĐƠN XIN BỒI THƯỜNG
<input type="checkbox"/> Đơn đang cứu xét	<input type="checkbox"/> Đơn đã đóng	Ngày đóng:	

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ LUẬT SƯ CỦA BỆNH NHÂN TRONG TAI NAN NÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA LUẬT SƯ
--	---------------------------

PHẦN B - (TÉ, BỊ HÀNH HUNG, ĐIỀU KHÁC)

Bệnh nhân là (dánh dấu một chỗ): Khách Khách Hàng Người Khác (ghi rõ):

ĐỊA ĐIỂM TAI NẠN: ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	QUẬN
TÊN SỞ HỮU CHỦ TÀI SẢN	TÊN NGƯỜI BẢO HIỂM		
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG CỦA SỞ HỮU CHỦ TÀI SẢN	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	KHU BUU CHÍNH
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	SỐ KHẾ UỐC	SỐ ĐƠN BỒI THƯỜNG	
ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	KHU BUU CHÍNH
TÊN LUẬT SƯ CỦA BỆNH NHÂN TRONG TAI NAN NÀY		SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA LUẬT SƯ	
ĐỊA CHỈ LUẬT SƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	KHU BUU CHÍNH

PHẦN C - (TAI NẠN XE HƠI)

ĐỊA ĐIỂM TAI NẠN: ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỀU BANG VÀ QUẬN (KÈM PHÔC TRÌNH TAI NẠN, NẾU CÓ)

BÊNH NHÂN LÀ (ĐÁNH DẤU MỘT) <input type="checkbox"/> Tài xế <input type="checkbox"/> Khách hàng <input type="checkbox"/> Người khác: _____ (ghi rõ)	NGƯỜI KHÁC TRONG GIA ĐÌNH CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TAI NAN
--	--

AI ĐÃ BI PHẠT TRONG TAI NAN

<input type="checkbox"/> Tài xế xe 1 <input type="checkbox"/> Tài xế xe 2 <input type="checkbox"/> Người khác: _____ (ghi rõ)

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ LUẬT SƯ CỦA BÊNH NHÂN TRONG TAI NAN NÀY

SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA LUẬT SƯ

<input type="checkbox"/> Đơn đang cứu xét/chờ cứu xét <input type="checkbox"/> Đơn Đã Dàn Xếp, nếu đã dàn xếp, cho biết ngày:	NGÀY BI THƯỞNG
---	----------------

XE #1	TÊN TÀI XẾ	ĐỊA CHỈ TÀI XẾ	
	TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM		
	ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM		
	TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	ĐỊA CHỈ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	
	SỐ KHẾ UỐC BẢO HIỂM	SỐ ĐƠN BỒI THƯỞNG	<input type="checkbox"/> Trách nhiệm pháp lý <input type="checkbox"/> Bảo hiểm thương tích cá nhân
TÊN CHỦ XE	ĐỊA CHỈ CHỦ XE		
XE #2	TÊN TÀI XẾ	ĐỊA CHỈ TÀI XẾ	
	TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM		
	ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM		
	TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	ĐỊA CHỈ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	
	SỐ KHẾ UỐC BẢO HIỂM	SỐ ĐƠN BỒI THƯỞNG	<input type="checkbox"/> Trách nhiệm pháp lý <input type="checkbox"/> Bảo hiểm thương tích cá nhân
TÊN CHỦ XE	ĐỊA CHỈ CHỦ XE		

PHẦN D

Mô tả thương tích hay tai nạn đã xảy ra như thế nào. Nếu không phải là một thương tích hay tai nạn, xin giải thích tại sao quý vị tìm kiếm việc điều trị về y khoa cho tình trạng đã ghi nơi mặt kia.